

# EXTENSIÓN DEL TESTAMENTO VITAL DE DEMENCIA



**Extensión del testamento vital para demencia de**

---

**Fecha**

---

Su fotografía aquí

# Tabla de contenido

Cómo utilizar la extensión del testamento vital para demencia.....	4
Aviso legal de la extensión del testamento vital para demencia.....	6
Declaración del testamento vital para demencia.....	7
Calidad vs duración de la vida.....	8
Niveles de atención hospitalaria y elecciones de hospitalización.....	9
Síntomas de las etapas de la demencia.....	10
Alimentos y líquidos/Elecciones.....	11
Otras declaraciones personales sobre mi cuidado.....	13
Para mi Sustituto de Cuidados Médicos.....	13
Hacerlo legal.....	14
Notas.....	15

# Cómo utilizar la extensión del testamento vital para demencia

La Extensión del testamento vital para demencia de Choices for Care (Elecciones para el cuidado) se ha diseñado específicamente para abordar la planificación avanzada del cuidado en casos de demencia. Para ser eficaz, este documento debe combinarse con un testamento vital/designación de un Sustituto de Cuidados Médicos. Puede utilizar cualquier testamento vital que lo haga sentirse cómodo, siempre y cuando designe a un Sustituto de Cuidados Médicos para que lleve a cabo sus elecciones médicas.

## Propósito:

La Extensión del testamento vital para demencia le proporciona información a su Sustituto de Cuidados Médicos si usted desarrolla demencia. La extensión pretende ser utilizada como una herramienta de comunicación para que su Sustituto de Cuidados Médicos esté al tanto de sus elecciones médicas con respecto a los problemas médicos que son comunes durante la demencia.

## Por qué utilizar este documento:

Para muchas personas que sufren de demencia, la cantidad de años desde que pierden la habilidad para tomar decisiones médicas y el punto en el que un testamento vital surtiría efecto puede durar años. Durante esos años, pueden ocurrir múltiples problemas médicos y la falta de información causa que los sustitutos para el cuidado de la salud se sientan estresados y desprevenidos.

## Quién puede completarlo:

Cualquier adulto mayor de 18 años puede completar un testamento vital y la extensión del testamento vital para demencia. Este documento puede ser especialmente pertinente para las personas que se sienten preocupadas por la posibilidad de sufrir de demencia en el futuro. Este documento también puede ser útil para las personas que han sido diagnosticadas con demencia temprano y que aún son capaces de tomar decisiones médicas.

## Cómo completarlo:

- Lea todo el documento antes de completarlo
- Considere el cuidado que le gustaría recibir si desarrolla demencia
- Converse sobre sus opciones con su médico, su sustituto y sus seres queridos
- Complete la extensión del testamento vital para demencia y documente sus elecciones



Además de escribir sus iniciales al lado de las declaraciones con las que está de acuerdo, es importante que agregue detalles a este documento. Explicar en sus propias palabras el tipo de cuidado que desea le ayuda a su sustituto a comprender sus metas y valores. No dude en ser específico acerca de sus ideas o elecciones. Proporcionar mayor cantidad de información hará que este documento sea más útil en el futuro.

### **Qué hacer con el documento:**

Después de firmar este documento ante un testigo, proporciónese copias a su:

- Sustituto de Cuidados Médicos
- El suplente del Sustituto de Cuidados Médicos
- Médico
- Cuidadores

También le sugerimos que les proporcione copias a sus seres queridos, incluso si no serán parte de tomar decisiones en nombre de usted. Las familias suelen tener menos desacuerdos y estrés cuando sus seres queridos saben sobre sus elecciones médicas con anticipación.

Guarde los documentos del testamento vital y la extensión juntos en un lugar fácil de encontrar. Consulte sus documentos una vez cada cierta cantidad de años para asegurarse de que aún cumplen con sus elecciones médicas. Puede completar un nuevo testamento vital y/o una extensión del testamento vital para demencia en cualquier momento. Los hospitales y los médicos siempre respetarán los documentos más recientes.

### **Legalidad:**

Al igual que con cualquier documento nuevo, puede haber dudas sobre la legalidad. La extensión del testamento vital para demencia es legal bajo la ley de Florida y cumple con el Estatuto de Florida 765 con respecto a instrucciones médicas anticipadas. El documento completo, firmado y presenciado, proporciona una presunción de "evidencia clara y convincente de los deseos del autor".

### **Para obtener copias adicionales o si tiene alguna duda, póngase en contacto con:**

Empath Health  
Choices for Care  
5771 Roosevelt Blvd., Clearwater, FL 33760  
(727) 467-7423 | [EmpathChoicesForCare.org](https://EmpathChoicesForCare.org)

# Aviso legal de la extensión del testamento vital para demencia

## **Aviso legal:**

El propósito principal de la **Extensión del testamento vital para demencia** es proporcionarle información al **Sustituto de Cuidados Médicos** en cuanto a las opciones médicas de la persona que firma este documento. El documento completado, firmado y atestiguado debe considerarse como una declaración válida de la planificación de cuidado médico anticipada, además de un testamento vital completado en el Estado de la Florida.

Este documento pretende ser una extensión a su documento de Testamento vital y Designación de Sustituto de Cuidados Médicos. Su propósito es proporcionar información clara y detallada acerca de sus preferencias de cuidado médico si tiene o llegara a desarrollar demencia. Esta extensión debe mantenerse junto con su testamento vital y debe hablar sobre esto con su Sustituto de Cuidados Médicos, sus seres queridos y sus médicos.

La parte más importante del proceso de planificación de cuidado médico es **elegir a un Sustituto de Cuidados Médicos** que abogue y defienda sus elecciones médicas. Un buen Sustituto de Cuidados Médicos respetará y honrará sus elecciones, incluso si no está completamente de acuerdo con ellas. El poder de esta extensión del testamento vital para demencia depende de la capacidad de su sustituto para entender claramente y defender sus elecciones personales.

Sus palabras son importantes. **Responda las preguntas detalladamente. Agregue explicaciones sobre sus elecciones para ayudar a su sustituto a entender su lógica y sus decisiones.** Recuerde, mientras más detalles proporcione, más útil será este documento para aquellos que cuidan de usted.

**Hable con su sustituto sobre sus elecciones y este documento** para que entienda sus decisiones y sus valores. Comparta este documento con sus seres queridos para que estén al tanto de sus elecciones antes de que ocurra una crisis.

Se le pedirá que escriba sus iniciales en el  junto a las declaraciones con las que está de acuerdo. Puede tachar las declaraciones con las que no está de acuerdo.

# Declaración

Yo  , comprendo que mi testamento vital refleja  
(Su nombre)

mis elecciones médicas si llegara un momento cuando ya no pueda tomar mis propias decisiones médicas y llegara a estar en estado terminal, estado vegetativo persistente o coma, o en un proceso de enfermedad en etapa terminal.

Esta extensión a mi testamento vital refleja mis elecciones médicas si yo llegara a desarrollar demencia moderada o severa pero mi testamento vital aún no es aplicable. Pretende ayudar a mi Sustituto de Cuidados Médicos, mis médicos y seres queridos a comprender mis deseos auténticos, valores personales y objetivos de cuidado. Si desarrollo demencia leve, tomaré mis propias decisiones de cuidado médico con la ayuda de mis seres queridos y proveedores de cuidado médico.

Entiendo que la demencia es una enfermedad que progresa gradualmente y es terminal, que eventualmente causará síntomas que pueden durar meses o años. Entiendo que puedo perder la habilidad para comunicarme. Puedo perder mi apetito, mi habilidad para alimentarme y, en última instancia, mi habilidad para masticar o tragar. Puedo desarrollar complicaciones que normalmente requieren hospitalizaciones y/o tratamientos quirúrgicos y tengo derecho a rechazar tales tratamientos si desarrollo demencia moderada o severa.

Dado que las decisiones importantes sobre cuidado médico/hospitalizaciones y la alimentación/bebidas pueden ser difíciles para mis seres queridos, quiero comunicar algunas de estas decisiones mediante este documento. Entiendo que estas y otras elecciones médicas tal vez deban ser modificadas por mi Sustituto de Cuidados Médicos y mis médicos varias veces mientras mi demencia empeore.

**No puedo anticipar todas las condiciones, pero solicito que mi Sustituto de Cuidados Médicos respete y honre las elecciones hechas por mí en este documento.**



# Calidad vs duración de la vida

## Mi declaración general sobre la calidad de vida vs la duración de la vida

Escriba sus iniciales en UNA de las siguientes declaraciones (o tache la casilla entera si no desea elegir):

\_\_\_\_ Creo que la calidad de mi vida es más importante que la duración de mi vida. Soy plenamente consciente de que puedo estar negando tratamientos médicos que podrían extender la duración de mi vida. **Opto por pedir atención que se centra en la calidad de vida, evita el dolor y el sufrimiento, y alienta una muerte natural.**

○

\_\_\_\_ Creo que es importante permanecer vivo mientras sea médicamente posible. Soy plenamente consciente de que puedo estar optando por tratamientos médicos con tasas de éxito limitadas que pueden causar dolor y sufrimiento y pueden prolongar mi muerte. **Opto por pedir atención que se centra en extender la duración de mi vida.**

## Hospitalización

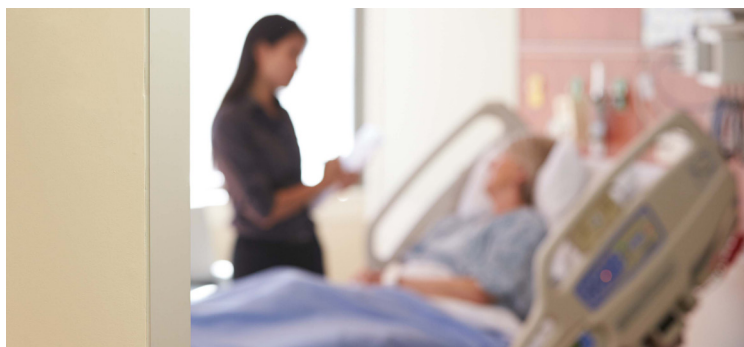
La hospitalización para personas con demencia conlleva beneficios y riesgos. Esta sección describe algunas razones potenciales de la hospitalización, los riesgos asociados con la hospitalización y los niveles de atención disponibles.

La hospitalización puede ser común y frecuente para las personas que sufren de estados de demencia moderados a graves. Las razones para la hospitalización incluyen caídas, neumonía por aspiración, infecciones del tracto urinario, escaras, trastornos psicológicos o problemas de conducta, dolor o dificultad para respirar.

Las hospitalizaciones repetidas conllevan riesgos asociados. El reposo en cama prolongado puede conducir a la pérdida de fuerza y habilidades físicas. El riesgo de adquirir una infección en el hospital aumenta con las hospitalizaciones repetidas. Lo que es más importante aún, la hospitalización prolongada significa que la persona debe estar en un entorno desconocido, lo que con frecuencia resulta en un aumento de los síntomas de demencia (confusión y desorientación) y una disminución en la habilidad para funcionar. Es común que la persona no vuelva a tener el mismo nivel de función después de ser dado de alta del hospital.



# Niveles de atención hospitalaria y elecciones de hospitalización



## Tres niveles de cuidado hospitalario

### 1. Cuidado total

Proporciona todos los medios disponibles para preservar la vida, incluyendo la reanimación cardiopulmonar (RCP) si se para el corazón y/o la respiración. Este nivel de atención podría incluir la admisión a una unidad de cuidados intensivos (UCI), cirugía, diálisis y respiradores. El cuidado total también incluye los cuidados listados abajo en los niveles Intermedio y de Medidas de comodidad solamente.

### 2. Cuidado intermedio

Proporciona la hospitalización con un enfoque en las intervenciones médicas básicas que no son invasivas. Los tratamientos comunes a este nivel incluyen antibióticos, terapia intravenosa, pruebas no invasivas, monitoreo y apoyo para las vías respiratorias a través de una máscara presurizada (CPAP y BiPAP). Se evita usar la UCI en este nivel. El Cuidado Intermedio también incluye todos los cuidados listados abajo en el nivel de Medidas de comodidad solamente.

### 3. Medidas de comodidad solamente

Proporciona manejo de síntomas y mantenimiento de la comodidad. Los tratamientos incluyen el tratamiento del dolor y otros síntomas, oxígeno y cuidado de heridas. Se evita recurrir a la hospitalización a menos que los síntomas no puedan ser manejados fuera del hospital. Se puede considerar el cuidado de hospicio.

## Elecciones de hospitalización

Las casillas de la siguiente página pretenden ser utilizadas como guía general para comprender los síntomas que uno podría enfrentar en la etapa media hasta severa de la demencia. Los síntomas pueden superponerse entre las etapas. No pretende ser utilizada para diagnosticar la demencia. Consulte a un doctor para obtener un diagnóstico médico.

# Síntomas de las etapas de la demencia

## Síntomas de demencia moderada

- Pérdida significativa de la memoria a corto plazo
- Pérdida de la habilidad para trabajar y conducir con seguridad
- Disminución en la habilidad para llevar a cabo actividades diarias (vestimenta, higiene, cuidado del hogar)
- Pérdida de la habilidad para tomar decisiones complejas
- Incapaz de estar solo por un tiempo significativo debido a la confusión, miedo o peligro a sí mismo
- Cambios significativos en la conducta social (palabras y acciones)
- Alto riesgo de irse, caerse y lesionarse

Si sufro de **demencia moderada**, opto por el siguiente nivel de cuidado: **(Escriba sus iniciales al lado de una opción)**

\_\_\_\_ Cuidado total

\_\_\_\_ Cuidado intermedio

\_\_\_\_ Medidas de comodidad solamente

Mis razones para elegir este nivel de cuidado incluyen:

---

---

---

---

---

---

---

---

## Síntomas de demencia severa o de etapa final

- Pérdida severa de la memoria (acontecimientos a corto y largo plazo, amigos, pérdida eventual de reconocer a la familia y a uno mismo)
- Posible pérdida de habilidad para caminar o sentarse
- Dificultad severa del discurso, posible pérdida total de la habilidad de hablar
- Dependencia severa a total para todos los cuidados
- Incontinencia
- Pérdida de interés en comer, dificultad progresiva para tragar y pérdida de peso
- Aspiración eventual de alimentos y líquidos en los pulmones y riesgo de neumonía
- Muerte eventual

Si sufro de **demencia severa o de etapa final**, opto por el siguiente nivel de cuidado: **(Escriba sus iniciales al lado de una opción)**

\_\_\_\_ Cuidado total

\_\_\_\_ Cuidado intermedio

\_\_\_\_ Medidas de comodidad solamente

Mis razones para elegir este nivel de cuidado incluyen:

---

---

# Alimentos y líquidos

Los cambios en el sentido del gusto, la pérdida de apetito y de peso a menudo son una parte normal del proceso de demencia severa hasta la etapa final.

Los proveedores de atención pueden sugerirles a los sustitutos o seres queridos la nutrición artificial (alimentación por sonda) debido a la pérdida del apetito o peso, o una disminución en la habilidad de tragar. Las dificultades para tragar también pueden aumentar el riesgo de asfixia y/o neumonía por aspiración.

La investigación médica ha demostrado constantemente que la alimentación por sonda para pacientes con demencia:

- habitualmente requiere la colocación quirúrgica de un tubo de alimentación
- puede aumentar el riesgo de aspiración a comparación de la alimentación manual metódica
- puede conducir a un aumento de las hospitalizaciones
- puede conducir a que una persona resulte restringida si jala del tubo de alimentación
- típicamente no alargará la vida más que una alimentación manual metódica

No hay ningún requisito legal que indique que se deben colocar tubos de alimentación en pacientes con demencia u otras enfermedades terminales.

## Elecciones de alimentos y líquidos

*(Escriba sus iniciales en las casillas de las declaraciones con las que está de acuerdo.)*

**Quiero que mis cuidadores me ofrezcan comida y líquidos regularmente y me animen a comer.** Quiero que me ayuden, según sea necesario, y me den de comer si no puedo alimentarme o beber. Quiero que me den hielo o sorbos de líquidos para mantener la boca siempre húmeda. Quiero que me limpien la boca y los dientes regularmente.

**Quiero que mis cuidadores respeten mis preferencias cuando les indique que no quiero comer.** Por ejemplo, si tenso mis dientes al ser alimentado, o si evito aceptar comida de alguna otra manera, por favor no me obliguen a comer, abran mi boca, o fuercen comida en mi boca. Sigán ofreciéndome comida y líquidos en otras ocasiones si los acepto.



**Esperar duele. Olvidar duele. Pero no saber qué decisión tomar puede ser a veces lo más doloroso...**

- José N. Harris

(Escriba sus iniciales solo en **UNA** casilla de abajo.)

De acuerdo con mis valores personales, culturales o espirituales:

**NO quiero** un tubo de alimentación para alimentos y líquidos o nutrición artificial, incluyendo cirugía (tubo de alimentación a través del abdomen), una sonda nasogástrica (nariz a estómago) o una vía intravenosa

○

**Quiero** que mi sustituto y los proveedores de atención médica consideren si un tubo de alimentación, (nutrición artificial), es adecuado para mí.

**Comentarios adicionales sobre la hospitalización y recibir alimentos y líquidos que quiero que mi Sustituto de Cuidados Médicos sepa:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# Otras declaraciones personales sobre mi cuidado

## Otras declaraciones personales sobre mi cuidado

¿Qué temores o preocupaciones tiene sobre la demencia o la pérdida de la capacidad mental? (Cuando un proveedor de atención médica está al tanto de sus temores, son más capaces de evitar esas cosas.)

---

---

---

---

---

¿Qué desea que otros sepan sobre lo que le hace sentirse cómodo y feliz, incluso si ya no puede pedirlo? (Por ejemplo: rituales espirituales u otros rituales, moverse, arreglarse, música, mascotas, tipos de comida, temperatura de la habitación, quién está con usted, etc.)

---

---

---

---

## Para mi Sustituto de Cuidados Médicos

**Mi firma en la siguiente página manifiesta mi compromiso con este documento y mis elecciones médicas.** Si desarrollo demencia, deberás tomar decisiones sobre mi cuidado médico regularmente. Algunas de estas decisiones no serán fáciles. Seguir este documento te ayudará a tomar las decisiones que yo tomaría para mí mismo. Aunque nadie puede predecir todo lo que puede suceder en detalle, el espíritu de mis decisiones debe guiarte al tomar todas las decisiones sobre mi cuidado para la salud. No necesitas sentirte culpable o ansioso por tomar decisiones porque yo ya las he tomado. **Gracias por ser mi voz cuando ya no puedo hablar por mí mismo.**

---

---

---

---

# Hacerlo legal

Entiendo completamente el significado de esta extensión del testamento vital para demencia. Emocionalmente y mentalmente soy capaz de firmar este documento. Este documento refleja mis elecciones médicas personales si llegara a ser diagnosticado con demencia moderada o severa.

---

**Mi firma**

---

**Nombre en imprenta**

---

**Fecha**

Witness 1:

---

**Mi firma**

---

**Nombre en imprenta**

---

**Fecha**

Witness 2:

---

**Mi firma**

---

**Nombre en imprenta**

---

**Fecha**

***NOTA: Su(s) sustituto(s) para el cuidado de la salud no puede(n) actuar como testigos de esta extensión del testamento vital para demencia. Al menos un testigo debe ser una persona que no sea su cónyuge o pariente de sangre. La extensión del testamento vital para demencia de Choices for Care será legal bajo la ley de Florida y cumple con el estatuto 765 de Florida con respecto a las instrucciones médicas anticipadas. Consulte las leyes sobre las instrucciones médicas anticipadas de su estado si usa esta extensión fuera de Florida.***

## Comunicar su plan

- Comuníquese sus elecciones a su Sustituto de Cuidados Médicos y a su suplente.
  - o Es importante que sepan y comprendan las elecciones listadas en esta extensión.
- Hable sobre su extensión para la demencia con sus proveedores de atención médica y sus seres queridos.
- Una vez que esta extensión haya sido firmada y presenciada, debe guardarse con su testamento vital completo.
- Mantenga la copia original en un lugar donde sea fácil de encontrar.
- Revise esta extensión y su testamento vital regularmente. Ambos documentos se pueden cambiar en cualquier momento. El hospital y su médico siempre honrarán los documentos con la fecha más reciente, siempre y cuando tengan una copia.





Empath Health es una red integrada de atención sin fines de lucro que brinda atención, compasión y apoyo extraordinario, que cambia la vida, a cualquier persona en la Bahía de Tampa que sufre de enfermedades crónicas y avanzadas. Tratamos todos los aspectos de bienestar de aquellos a quienes servimos, mejoramos la vida de nuestros seres queridos y honramos las elecciones de cuidado de nuestra comunidad. Nuestra red ofrece cuidado de hospicio; cuidado y apoyo para ancianos; cuidado en el hogar; atención, apoyo y prevención del VIH; cuidados paliativos; y servicios de planificación de atención avanzada.

5771 Roosevelt Blvd., Clearwater, FL 33760  
**(727) 467-7423 | [EmpathChoicesForCare.org](http://EmpathChoicesForCare.org)**

---



*Materiales reproducidos por*

